R2C : Rang A en NOIR - Rang B en BLEU - Rang C en VERT

ITEM 220 : ADÉNOPATHIE SUPERFICIELLE

Fiche réalisée en priorisant les infos/rangs de la fiche LiSA > Collèges (Hémato > Pédiatrie > ORL/MIT)

PHYSIOPATHOLOGIE

- **Ganglion lymphatique** = organe drainant la lymphe d'un territoire anatomique (≈ 200-300).
- **Adénopathie** = augmentation de volume pathologique d'un ganglion lymphatique par **réaction lymphocytaire** et/ou **macrophagique**, **prolifération tumorale** (lymphoïde ou envahissement tumoral).
- Adénopathie **localisée** : un ou plusieurs ganglions dans le même territoire.
- Adénopathies **multiples** (polyadénopathie) : plusieurs ganglions dans des territoires différents.

- **ADP infectieuses** :
  . Conséquence régionale d'une infection locale : développement d'une réaction immune dans le nœud lymphatique.
  . Conséquence générale d'une infection par un agent pathogène avec tropisme lymphoïde.
- **ADP non infectieuses** : hémopathies malignes (lymphomes, leucémies) et métastases des cancers.
- Toute adénopathie qui persiste au-delà de **quelques semaines** doit être biopsiée.
- Il n'existe pas de critères sémiologiques de bénignité d'une adénopathie.

ORIENTATION DIAGNOSTIQUE

Caractéristiques

Taille

= Diamètre **> 1 cm** : pathologique dans les territoires ganglionnaires superficiels (jugulo-carotidien, sous-mandibulaire, occipital, sus-claviculaire, axillaire, épitrochléen/poplité ou inguinal), généralement, mais attention en fonction de la localisation.
- Une **ADP inguinale** non indurée non douloureuse de **2 cm** peut être non pathologique (à tout âge).
- **ADP infracentimétrique sus-claviculaire gauche** = alarmant.

Localisation

Territoire de drainage

- **Cervicale** : peau de la face et du cuir chevelu, dents, sphère ORL, thyroïde, sinus.
- **Sus-claviculaire droite** : médiastin, poumon.
- **Sus-claviculaire gauche** : canal thoracique, territoire sous-diaphragmatique (tube digestif, reins, testicule, pelvis, abdomen) = ganglion de Troisier.
- **Axillaire** : membres supérieurs, paroi thoracique, glandes mammaires.
- **Inguinale, rétro-crurale** : membres inférieurs, organes génitaux externes (hors testicule), marge anale, périnée.

→ Une **ADP cervicale** est d'autant plus suspecte que basse située (sus-claviculaire).
→ **ADP sus-claviculaire :** évocatrice d'une cause **néoplasique** (NFS, imagerie thoracique et/ou abdominale systématique, cytoponction ± biopsie si pas de diagnostic).
→ **ADP axillaire :** évocatrice de la **maladie des griffes du chat**, tularémie, **cancer** du sein ou métastases, réaction inflammatoire à un corps étranger (prothèse mammaire), ou adénite réactionnelle à une souche vaccinale (BCGite).
→ **ADP épitrochléenne** : évocatrice de **sarcoïdose** ou **syphilis**, parfois de **mononucléose infectieuse, syndrome lymphoprolifératif,** plus rarement **maladie des griffes du chat,** tularémie, mycobactéries non tuberculeuses (enfant).
→ **ADP occipitale** : **mononucléose infectieuse, syphilis, toxoplasmose, rubéole, maladie infectieuse du cuir chevelu**, mais aussi maladie de Kikuchi (lymphadénite nécrosante subaiguë).
→ **ADP inguinale** : doit faire rechercher une **IST** (syphilis, chancre mou, Nicolas-Favre, herpès) ou un **cancer.**
→ Penser au **mélanome** « le grand simulateur » : capable de dissémination tumorale ganglionnaire dans un territoire non drainant.

Consistance

- Orientation vers une **cause maligne** (cancer, syndrome lymphoprolifératif) : dure, ligneuse, rocailleuse, immobile par rapport aux plans adjacents, comprime les structures voisines (veines, nerfs).
- Orientation vers une **cause infectieuse** (suppuration) : molle, fluctuante.

Caractère inflammatoire

- **Rougeur**, **chaleur**, **douleur** : oriente vers une cause infectieuse (sauf tuberculose = **ADP froide**).
- **Fistulisation**, **ulcération**, **abcédation** : quasi-pathognomonique d'une **cause infectieuse** (BK ++).
- **Recherche de la porte d'entrée +++.**

Faire un schéma daté et signé.

Poly-adénopathie

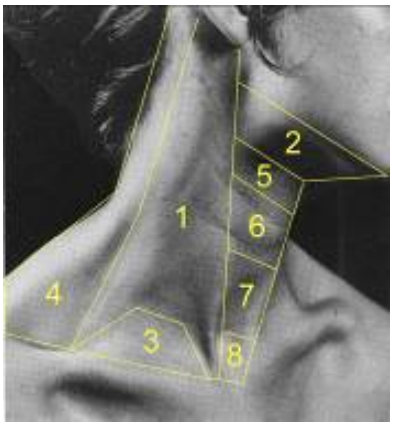
- **Origine infectieuse** (avec ou sans fièvre) : **EBV, CMV, VIH, rougeole, rubéole**…
→ Suspecter systématiquement une **infection VIH** : syndrome lymphadénopathique.
- **Syndrome lymphoprolifératif** (généralement malin) : **leucémie, lymphome, LLC**…
- **Maladie systémique** (plus rarement en cause) : **lupus, polyarthrite rhumatoïde, sarcoïdose, syndrome de Gougerot-Sjögren, Still…**
- **Dermatose prurigineuse généralisée** : possiblement responsable de poly-adénopathie.
- **Syndrome d'hypersensibilité médicamenteuse** : **anticonvulsivant, sulfamide**…
- **Polyadénopathie maligne secondaire** : métastase de carcinome, localisation ganglionnaire de leucémie lymphoïde chronique ou aiguë, hématopoïèse extramédullaire de la splénomégalie myéloïde.
- **Recherche d'une atteinte lymphoïde extraganglionnaire** : hépatomégalie, splénomégalie, hypertrophie amygdalienne, hypoesthésie de la houppe du menton (hémopathie maligne +++).

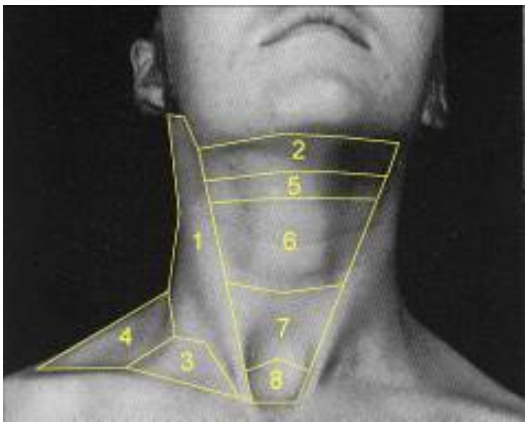
R2C : Rang A en NOIR - Rang B en BLEU - Rang C en VERT

Contexte	- **Âge** : poly-ADP cervicale **haute persistante de petite taille** = banale chez l'adolescent/adulte jeune. - Symptômes ORL : rhino-pharyngite. - **Mode de vie** : vaccinations, voyages, métier. - Antécédents : **cancer**, tabagisme, **médicaments** (hydantoïne), **contact/griffure/morsure avec des animaux** domestiques (chat, chien) ou sauvages (gibier). - Signes généraux : **fièvre** avec frissons**, AEG, sueurs** nocturnes ou diurnes**, prurit généralisé, douleurs osseuses**, éruption cutanée. - Syndrome hémorragique et/ou syndrome anémique. - **Syndrome tumoral** : hépato-splénomégalie, syndrome cave supérieur (gros médiastin), hypertrophie amygdalienne. - Signes loco-régionaux dans le territoire de drainage. - Signes cutanés ou osseux. - **Séjour en zone d'endémie parasitaire** : leishmaniose… - **Activités professionnelles ou de loisir** : ADP cervicale chez un chasseur ou taxidermiste → **tularémie.**
DD d' une ADP isolée	- Tumeurs bénignes (lipome) ou malignes (sarcomes), surtout au niveau cervical. - **Tumeur parotidienne.** - **Tumeur de la glande sous-maxillaire.** - **Tumeur de la thyroïde** (mobile à la déglutition). - **Kystes congénitaux** (surtout cervicaux). - **Hidrosadénite** (en zone sudoripare, surtout axillaire). - **Anévrisme vasculaire artériel** (pulsatile). - **Hernie inguinale ou crurale.** → **En cas de doute clinique : échographie.**
PARACLINIQUE	→ Devant une **polyadénopathie d'allure bénigne** : proposer une **simple surveillance** de 3 semaines.	
	Biologie	- **NFS** : quasi-systématique pour rechercher une anémie inflammatoire, un syndrome mononucléosique, une polynucléose neutrophile, des cellules anormales circulantes et des cytopénies - **Sérologies virales et parasitaires** selon la clinique (VIH, CMV, EBV, toxoplasmose, syphilis, *Bartonella*, *Coxiella*, *Francisella*). - **CRP** si orientation inflammatoire ou bactérienne. - **LDH** si suspicion forte de lymphome ou leucémie aiguë. - **Bilan auto-immun** si orientation/contexte inflammatoire non infectieux.
	Cytoponction	- Avantages : **facilité**, interprétation **rapide**, orientation rapide, rentabilité en cas de **métastase**, de **collection purulente** (mise en culture ± PCR) ou de **lymphome Hodgkinien** (cellules de Sternberg). - Inconvénients : absence d'étude histologique, analyse cytologique difficile, non sensible. - Peut nécessiter un guidage échographique si ganglion non palpable ou ciblage d'un ganglion ou d'une partie d'un ganglion. → Une cytoponction, même positive, doit souvent être complétée par une biopsie (la biopsie ganglionnaire est toujours nécessaire pour affirmer et typer le lymphome : nécessité d'analyse de l'architecture ganglionnaire ++).
	Biopsie	- Nécessite une **organisation préalable**, sous AL ou AG, radioguidée, par une **équipe spécialisée.** - Avantages : **étude histologique**, **immunohistochimie**, **biologie moléculaire.** - Seul examen permettant la classification histologique du lymphome (> 70 entités dans la classification OMS). - **Congélation du tissu tumoral prélevé.** - **Indispensable devant toute ADP d'évolution chronique (> 3-4 semaines à de l'adulte pour éliminer une pathologie tumorale.** - En cas de polyADP : privilégier la biopsie d'autres sites que les ADP axillaires ou inguinales (risque de lymphocèle ou de lymphœdème).
	Microbiopsie	- Echoguidée sous AL, moins invasive, bonne rentabilité (couplage possible avec cytoponction).
	Imagerie	Selon le contexte : - **Échographie ganglionnaire** en cas de doute sur le diagnostic d'ADP. - **Échographie abdominale** pour rechercher des ADP profondes abdominales, une hépatomégalie, une splénomégalie, une tumeur solide. - **Radio thoracique** pour rechercher une atteinte du parenchyme pulmonaire, des adénopathies médiastinales (infection ? tuberculose ? cancer ?) - **TDM centrée sur la zone de drainage de l'ADP** si ADP isolée pour rechercher une tumeur profonde locale ou une infection. - **TDM cervicale et thoraco-abdomino-pelvienne injectée** pour le bilan d'extension d'un lymphome à la recherche d'autres ADP et pour le bilan d'extension d'un cancer solide. - **TEP-TDM au 18-FDG** pour le bilan d'extension d'un lymphome ou d'une tumeur solide.

R2C : Rang A en NOIR - Rang B en BLEU - Rang C en VERT

ÉTIOLOGIES	Adénopathie isolée	**Infection locale**	Surtout si fièvre + ADP inflammatoire → Toujours rechercher une porte d'entrée infectieuse (plaie, morsure, griffure). - **Maladie des griffes du chat** (lymphoréticulose bénigne d'inoculation à *Bartonella henselae*) : post-griffure (ou léchage touchant les muqueuses). - **Tularémie** (*Francisella tularensis*) : contact avec le gibier (lièvre). - IST (ADP inguinales) : **syphilis, chancre mou, maladie de Nicolas Favre.** - **Tuberculose** : adénopathie froide +/- volumineuse sans signes inflammatoires +/- fistulisation. - **Toxoplasmose.**
		Tumeur solide	- Selon le territoire de drainage. - **ADP sus-claviculaire gauche (ganglion de Troisier)** → sein, poumon, médiastin, tumeur abdomino-pelvienne. - Recherche d'un **mélanome malin** sur le territoire cutané correspondant (mais **attention** peut métastaser dans des ganglions **en dehors de la zone de drainage**).
		Lymphome	À éliminer si évolution **> 4-6 semaines** et **symptômes B** (amaigrissement, sueurs, fièvre) : - **Maladie de Hodgkin** (fluctuation de la taille de l'ADP au cours de l'évolution). - **Lymphome de Burkitt.** - **Lymphomes anaplasiques** (ADP inflammatoires).
		Causes rares	- Maladie de Castleman. - Granulomatose chronique. - Maladie de Whipple. - Histiocytoses. - Autres.
	Poly-adénopathie	**Hémopathie maligne**	- **Lymphome** (surtout si évolution chronique et symptômes B). - **Leucémie lymphoïde chronique.** - **Leucémie aiguë** : cytopénies et signes associés, blastes circulants.
		Infection	- **VIH.** - **CMV.** - **Toxoplasmose.** - **Tuberculose.** - **Mononucléose infectieuse.** - **Syphilis secondaire.** - **Brucellose.** - **Fièvre typhoïde.** - **Leishmaniose viscérale.**
		Pathologie inflammatoire	- Sarcoïdose. - Lupus. - Polyarthrite rhumatoïde. - Syndrome de Kawasaki (enfant). - Maladie de Still.
		Autres causes	- Toxicité médicamenteuse (hydantoïne). - Histiocytoses. - Causes rares : SAM, granulomatose chronique, maladie de surcharge, eczéma sévère, prurigo sévère, autre.





Zones ganglionnaires cervicales :
1 : Région jugulo-carotidienne
2 : Région sous-mandibulaire et sous-mentonnière
3 : Région sus-claviculaire
4 : Région spinale (partie supérieure) et trapézienne (partie inférieure)
5 : Région hyoïdienne
6 : Région laryngée
7 : Région thyroïdienne
8 : Région sus-sternale

R2C : Rang A en NOIR - Rang B en BLEU - Rang C en VERT

ADÉNOPATHIE CERVICALE

ADP = ganglion > 1 cm d'évolution aiguë/subaiguë/chronique et d'origine infectieuse/inflammatoire/tumorale.

DEMARCHE DIAGNOSTIQUE

Interrogatoire

- **Antécédents** : tuberculose, chirurgie de la face/cuir chevelu.
- **Mode de vie** : alimentation, (fromages, produits de la chasse), comportements sexuels, tabac/alcool, voyages.
- **Âge et origine ethnique** : migrants (tuberculose), Asiatiques, Maghrébins, Inuits (cancer du cavum).
- **Date d'apparition et conditions de survenue** :
  . Épisode inflammatoire/infectieux, d'apparition progressive/brutale.
  . Piqûre d'insecte, plaie, griffure par un animal.
- **Signes généraux** : fièvre, frissons, sueurs, AEG.
- **Signes fonctionnels** :
  . **ORL** : odynophagie, otalgie réflexe, dysphagie (douloureuse ou non), dysphonie, amaigrissement → Lésion primitive des VADS.
  . **Hématologiques** : prurit, sueurs nocturnes, amaigrissement, AEG → Hémopathie.
  . **Articulaires et cutanéomuqueux** → Maladie de système.

Examen clinique

Inspection	- État de la peau (cicatrice, rougeur). - Ascension à la déglutition (goitre, kyste congénital).
Palpation	- Caractère inflammatoire : douleur, rougeur, chaleur. - Siège. - Consistance : dure, ligneuse (cancer), rénitente (kyste), molle (lipome). - Forme : ballonisation en faveur d'un envahissement tumoral (= perte de la forme oblongue). - Isolé/multiple, uni/bilatéral. - Mobilité : plans superficiels et profonds, axe laryngotrachéal, vaisseaux. - Taille : hauteur, largeur, épaisseur (suspect si > 2 cm). - Battant, pulsatile (thrill). - Hépato-splénomégalie.
Auscultation	Recherche d'un souffle si tumeur battante.
Autres aires	Territoires axillaires, inguinaux.

Examen ORL

- Inspection de la face, du cou, du scalp.
- Otoscopie.
- Examen des muqueuses des VADS avec nasofibroscopie pharyngolaryngée et palpation de la base de la langue et des loges amygdaliennes.
- Palpation de la glande thyroïde, des glandes salivaires, des territoires ganglionnaires cervicaux, latéraux, centraux.

Paraclinique

Biologie		- Systématiques : **NFS, VS, CRP** - Selon l'anamnèse : **sérologies** (VIH, EBV, toxoplasmose, rubéole, maladie des griffes du chat, syphilis), **IDR à la tuberculine**
Imagerie	→ Confirmation de la nature ganglionnaire et précision des caractéristiques.	
	1re intention	- **Échographie cervicale avec doppler.** - ± Cytoponction à l'aiguille fine : caractère de la collection liquidienne, bactériologie, cytologie ± PCR. - ± Biopsie percutanée au trocart échoguidé : bactériologie, mycobactériologie, anatomopathologie. - ± Cervicotomie exploratrice avec adénectomie : exérèse complète sans effraction capsulaire avec examen extemporané (diagnostic et traitement).
	Selon le contexte	- **TDM cervicale injectée** avant tout geste invasif (biopsie percutanée ou chirurgicale) + coupes thoraciques. - **TEP-TDM au 18 FDG** pour rechercher une maladie néoplasique primitive si suspicion d'ADP cervicale métastatique. - **Angio-IRM ou artériographie** si suspicion de tumeur vasculaire. - **Myélogramme** si suspicion d'hémopathie. - **Dosage de la T4, TSH, thyrocalcitonine** si origine thyroïdienne (+ dosage de la thyroglobuline ganglionnaire par cytoponction). - **Panendoscopie** (AG) + exploration pharyngolaryngée et du cavum (voire trachéobronchoscopie et œsophagoscopie) si suspicion d'ADP d'allure maligne (surtout si terrain éthylo-tabagique).

ADP CERVICALES LATERALES

ADP inflammatoires aiguës

- Presque toujours des adénopathies : adénite, adénophlegmon, rarement kyste congénital surinfecté.
- Douleur puis tuméfaction unique et sous-angulomaxillaire, ferme puis fluctuante et rouge.
- Possible fistulisation.
- Porte d'entrée : dentaire, oropharyngée, rhinopharyngée, rarement cutanée (plaie, morsure, griffure).
- Traitement :
  . Médical : antibiotiques, antalgiques (AINS à éviter).
  . Drainage chirurgical si abcédation.

ADP inflammatoires subaiguës	Ganglions peu douloureux, fermes, avec péri-adénite et « empâtement » cutané, évoluant par poussées.	
	ADP séquellaire	- Installation brusque au cours d'un épisode inflammatoire. - Porte d'entrée gingivale, buccale, dentaire, oropharyngée ou lésion du cuir chevelu.
	Tuberculose ***(cf. item 159)***	- Locorégionale (mais recherche de l'atteinte pulmonaire de principe) à départ habituellement buccopharyngé (mais localisation otologique ou nasale possible). - Cause : mycobactérie de type *Mycobacterium tuberculosis.* - Tableaux : • Masse volumineuse, polylobée, « pseudonéoplasique ». • **Polyadénopathies** cervicales unilatérales, de consistance inégale, sous-mandibulaires ou spinales. • **Aspect fluctuant, préfistulaire très évocateur** (écrouelle). - Diagnostic : • **IDR.** • **Prélèvement du pus de l'abcès froid fistulisé** (identification et culture du bacille) avec diagnostic rapide par PCR. • **Adénectomie avec examen extemporané** avec confirmation histologique (granulome gigantocellulaire à nécrose caséeuse centrale) et étude bactériologique avec antibiogramme sur milieu de culture spécifique.
	Mycobactéries atypiques	- Tableaux voisins de la tuberculose ganglionnaire. - **Enfants très jeunes.** - Pas de différenciation du bacille de Koch à l'examen direct, mais cultures systématiques (plusieurs semaines). - À traiter comme une tuberculose ganglionnaire puis adaptation secondaire à l'antibiogramme. - Exemple de *Mycobacterium avium intracellulare* : **clarithromycine + rifabutine + éthambutol.** - Évolution défavorable pouvant rendre le traitement chirurgical nécessaire.
	Maladie des griffes du chat ***(cf. item 173)***	- Cause : *Bartonella hensellae.* - **Adénopathie traînante, volumineuse, parfois suppurée.** - Diagnostic : . Recherche d'une **porte d'entrée** : griffures faciales/cervicales par chat, ronce, rosiers. . Existence d'une **ADP axillaire.** . Isolement du germe, PCR, sérologie.
	Mononucléose infectieuse (EBV) ***(cf. item 217)***	- Cause : virus EBC. - Enfants et sujets jeunes +++. - **Adénopathies cervicales chroniques, postérieures, spinales**, avec asthénie et splénomégalie. - NFS : **inversion de la formule sanguine avec monocytes.** - Sérologies MNI positives.
	Toxoplasmose ***(cf. item 217)***	- Cause : *Toxoplasma gondii* (parasite protozoaire). - **Polyadénopathie superficielle à prédominance postérieure (occipitale et spinale), indolore, de petite taille.** - NFS : **syndrome mononucléosique avec sérologie MNI négative.** - Diagnostic : dosage des **IgM spécifiques** et variation à 3 semaines.
	Sarcoïdose ***(cf. item 211)***	- Exceptionnellement révélée par une ADP cervicale isolée (souvent localisations cutanées, pulmonaires, médiastinales, hépatospléniques). - Diagnostic : **IDR négative avec granulome épithélioïde gigantocellulaire sans caseum ni BK** à l'histologie.
	VIH ***(cf. item 169)***	- VIH à évoquer devant toute ADP cervicale (symptôme essentiel de début de l'infection), surtout chez un sujet à risque. - Sérologie VIH positive. - TDM : **caractère hypodense** des ADP.
	Syphilis ***(cf. item 162)***	- Rare, mais **en recrudescence** en association avec le VIh. - Tableaux : • **ADP satellite d'un chancre oropharyngé qui régresse rapidement.** • **PolyADP d'une syphilis secondaire** dans un tableau de généralisation muqueuse et ganglionnaire (roséole, papulose). - Diagnostic : sérologies positives.
	Tularémie ***(cf. item 173)***	- Adénite cervicale secondaire à une morsure/griffure de lapin ou ingestion de produit de la chasse.
	Brucellose ***(cf. Item 173)***	- **Contamination directe dans 75 % des cas.** Par voie cutanée ou muqueuse lors de contacts avec des animaux malades, des carcasses, de produits d'avortement ou par contact accidentel avec des prélèvements dans un laboratoire.

ADP non inflammatoires			Par ingestion de produits laitiers non pasteurisés ou de viande insuffisamment cuite. - **Contamination indirecte dans 25 % des cas** par ingestion de crudités souillées par du fumier, des mains sales, de la poussière de litière, dans une étable vide. - **Transmission interhumaine exceptionnelle.**
		Autres	- Granulomatoses. - Maladie de Castleman. - Histiocytose. - Fièvres périodiques (hyperIgD) et autres maladies inflammatoires auto-immunes (Still).
	Origine néoplasique fréquente.		
	Jugulo-carotidienne	**Adulte d'âge moyen (40-50 ans)**	- **ADP métastatique d'un carcinome des VADS** (surtout si terrain éthylo-tabagique). - **ADP métastatique d'un carcinome pharyngolaryngé ou de la cavité buccale** : biopsie de la tumeur primitive + bilan d'extension (panendoscopie et scanner cervico-thoracique). - ADP sans primitif avec examens ORL et endoscopiques normaux → Cervicotomie exploratrice avec curage ganglionnaire si métastase à l'examen extemporané. ± TEP-TDM : . Fixation : biopsie lors d'une nouvelle endoscopie. . Absence de fixation : amygdalectomie homolatérale à l'ADP + biopsie du cavum. - **ADP métastatique oropharyngée (HPV)** : recherche de la protéine p16 et de l'ADN viral dans le prélèvement ganglionnaire ou tumoral → **Toute masse kystique jugulo-carotidienne supérieure chez un sujet > 40 ans (éthylo-tabagique ou non) doit faire évoquer cette hypothèse.**
		Adulte plus jeune	- **Maladie de Hodgkin** : • Atteinte ganglionnaire cervicale souvent isolée, sus-claviculaire, indolore (diagnostic difficile). • Ou poly-ADP cervicales uni/bilatérales (asymétriques). • Examen ORL normal, mais autres atteintes (ADP médiastinales, signes généraux, splénomégalie). • Diagnostic : histologie d'un ganglion dans sa totalité. - **Lymphome non hodgkinien** : • Masse ganglionnaire de croissance rapide. • Localisations possibles : cou, amygdale, rhinopharynx. • Diagnostic : histologie du ganglion dans sa totalité (avec prélèvement frais pour étude des marqueurs). - **Carcinome du cavum (UCNT)** : adolescent/adulte jeune d'origine asiatique ou du pourtour méditerranéen.
		Sujet âgé	- **Leucémie lymphoïde chronique** : début cervical avec **macropolyadénopathie régulière et symétrique** → Hémogramme et immunophénotypage des lymphocytes sanguins.
	Sous-mandibulaire		- ADP métastatique d'un carcinome de la langue, du plancher de la bouche, de la gencive ou de la lèvre → Nécessite un examen ORL précis, complet, avec palpation (recherche d'une induration ou d'un nodule sous-muqueux).
	Sus-claviculaire		- ADP métastatique d'un cancer œsophagien, pulmonaire ou digestif (ganglion de Troisier si ADP gauche).
	Spinale		- ADP métastatique d'un carcinome du cavum, de l'oropharynx, d'un mélanome ou d'un carcinome spinocellulaire du cuir chevelu. - Recherche d'une lésion parotidienne si ADP spinale haute sous la pointe de la mastoïde.
ADP CERVICALES MEDIANES	**Sous-mentonnière**		- ADP aiguës d'origine buccodentaire +++. - ADP chroniques : métastases d'un cancer du plancher buccal, de la langue ou des lèvres.
	Hyoïdienne		- Région prélaryngée et pré-hyoïdienne rarement le siège d'une ADP. - Ganglion prélaryngé : souvent inflammatoire, rarement carcinomateux.
	Sus-sternale		- Rarement le siège d'ADP prétrachéales (souvent malignes).
DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL	→ Une **tuméfaction cervicale latérale** est une **ADP** dans **80 %** des cas.		
	Fausse tuméfaction cervicale		- **Apophyse transverse de l'atlas.** - **Saillie du tubercule de Chassaignac (C6).** - **Grande corne de l'os hyoïde.** - **Bulbe carotidien athéromateux.** - **Ptose de la glande sous-mandibulaire.**
	Latéro-	**Tumeur congénitale**	- **Kyste amygdaloïde** (persistance du sinus cervical) : • Enfant et adulte jeune, révélé au décours d'un épisode infectieux laryngé. • Tuméfaction superficielle du bord antérieur du SCM, rénitente.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL	Sous-mandibulaire		• Traitement chirurgical. - **Lymphangiome kystique :** • Dès la naissance, se manifestant dans les 1ers mois. • Masse molle translucide polylobée ou unique. • IRM cervico-faciale pour appréciation de son extension.
		Tumeur battante vasculaire	- **Anévrisme carotidien** : tumeur battante, expansive, soufflante. - **Fistule jugulo-carotidienne** : thrill palpatoire. - **Tumeur du glomus carotidien** (paragangliome) : • Tumeur rarement battante, non expansive de la région sous-digastrique, non mobilisable selon un axe vertical, mais plus mobile selon un axe transversal. • TDM injectée : blush vasculaire dans la région de la bifurcation carotidienne (élargie en « lyre ») • Traitement chirurgical après explorations radiovasculaires. • Dosage des catécholamines urinaires sur 24 h pour le diagnostic de paragangliome sécrétant.
		Tumeur nerveuse	- **Neurinome du X** (IRM injectée).
		Sous-maxillite chronique	- D'origine lithiasique (notion de coliques salivaires à l'anamnèse). - Recherche de pus au niveau de la caroncule dans le plancher buccal antérieur (extrémité du canal de Wharton). - Radiographie et échographie pour visualisation du calcul.
		Tumeur de la glande submandibulaire	- Rare. - Volontiers maligne.
		Actinomycose faciale	- Due à *Actimomyces.* - Point de départ bucco-dentaire. - Cellulite d'évolution lente et progressive avec fistulisation si absence de traitement. - Mise en évidence des germes par ensemencement en anaérobiose. - Traitement curatif : antibiotique prolongé (pénicilline ou macrolides).
	Sus-claviculaire		- **Schwannome du plexus brachial** (rare). - **Cancer de l'apex pulmonaire** (syndrome de Pancost-Tobias).
	Spinale		- **Schwannome du XI** ou **du plexus cervical superficiel.**
	Sous-mentale		- **Kyste dermoïde du plancher buccal** : tumeur embryonnaire de l'enfant, indolore. - **Cellulite chronique d'origine dentaire** : tuméfaction dure, sensible, infiltrant la peau (sujet avec mauvais état dentaire).
	Pré-laryngée		- **Kyste du tractus thyréoglosse** : Persistance d'un canal pendant l'embryogenèse (trajet de migration de la glande thyroïde de la base de la langue vers la partie antérieure de la trachée cervicale).
	Pré-laryngée		Révélation au niveau juxta-hyoïdien médian dans l'enfance/adulte jeune. Tuméfaction ferme, médiane, mobile à la déglutition et à la protection de la langue. Échographie thyroïdienne avant toute exérèse chirurgicale chez le petit enfant (éliminer une thyroïde ectopique). - **Thyroïde ectopique.** - **Cancer laryngé extériorisé.** - **Tumeur bénigne** (chondrome). - **Laryngocèle** : poche d'air (dilatation anormale du ventricule laryngé faisant saillie entre le larynx et l'os hyoïde).
	Thyroïdienne		- Exceptionnellement le siège d'ADP. - Thyroïdite, goitres et adénomes, cancer thyroïdien.
	Toute région		- **Lipome.** - **Angiome.**

R2C : Rang A en NOIR - Rang B en BLEU - Rang C en VERT

ADÉNOPATHIE DE L'ENFANT

- Très fréquent, souvent dans un contexte indemne de toute sévérité.
- Surtout la **polyadénopathie** cervicale en hiver (épisodes rhinopharyngés).
Causes infectieuses ++.
- Démarche rigoureuse : consultation de spécialistes si adénopathie isolée, tableau d'évolution chronique ou symptômes généraux associés.

DEMARCHE CLINIQUE

Découverte

Signes d'alerte	- Signes généraux persistants. - ADP **sus-claviculaire** (ou jugulocarotidien bas). - Caractère **volumineux, dur, fixé.** - Augmentation progressive de taille **> 3 semaines.**
Situations d'urgence	- **Phénomènes compressifs** : ADP profondes, tumeurs primitives ou atteintes des séreuses. • **Masses cervicales obstructives** : compression des VAS, dysphagie. • **Masses médiastinales** : ○ Compression des voies aériennes : toux prolongée, orthopnée, dyspnée d'effort puis de repos. ○ Syndrome cave supérieur : céphalées, somnolence, troubles visuels, œdème facial et des paupières, dilatation des veines jugulaires et circulation veineuse collatérale thoracique, cyanose de la partie supérieure du corps. ○ Épanchement pleural et/ou péricardique. • **Masses abdomino-pelviennes** : ○ OMI : ADP rétropéritonéales. ○ Invagination intestinale aiguë : ADP mésentériques. ○ Anurie (obstacle bilatéral sur les voies urinaires). - **Signes systémiques de sévérité** : • Fièvre élevée mal tolérée, anormalement rebelle. • Douleurs. • Signes neurologiques centraux. • Pâleur, syndrome hémorragique, douleurs osseuses. • Hépatosplénomégalie.

Clinique

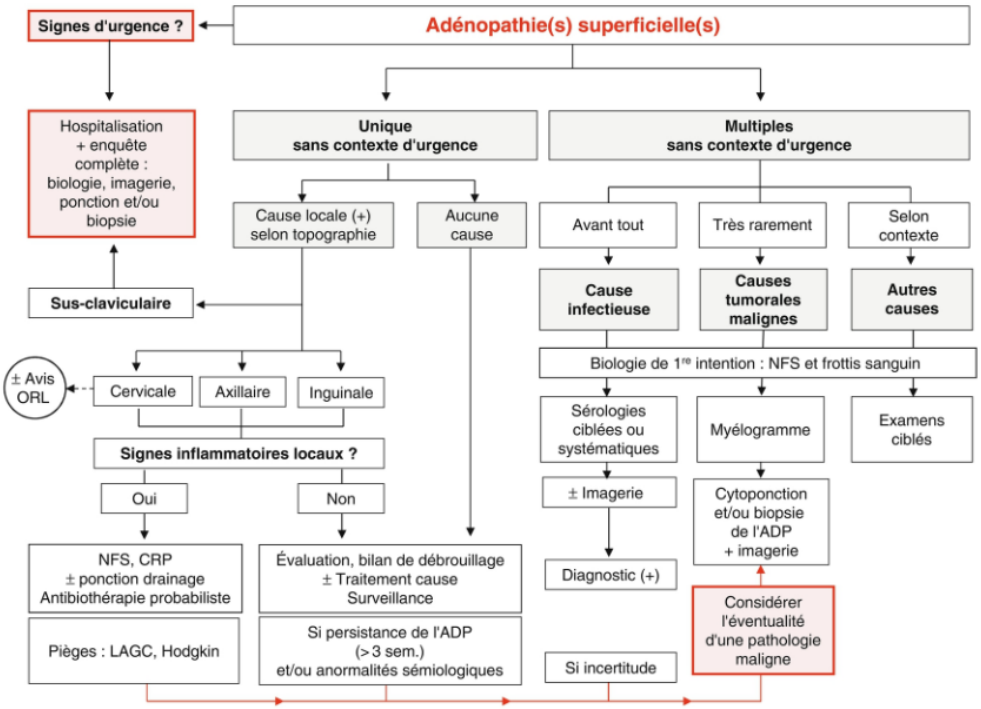
Anamnèse	- **Contexte** : âge, épisodes récents d'infections des VAS, contact avec des animaux, exanthème fébrile, vaccination récente, prises médicamenteuses - **Chronologie de découverte** : date de survenue et délai par rapport au 1er examen médical, topographie initiale et modalités évolutives - **Signes associés** : • **Généraux** : fièvre et durée, asthénie, perte d'appétit, amaigrissement • **Fonctionnels** : douleurs pharyngées, odynophagie, douleurs abdominales, dyspnée, douleurs thoraciques, douleurs articulaires/osseuses, prurit
Examen des ADP	- Siège : localisé ou généralisé - Caractéristiques : **taille, consistance, sensibilité, mobilité, aspect de la peau en regard** - **Schéma daté**
Examen régional et général	- **Territoires de drainage** : • Cervical : sphère ORL, face, cuir chevelu • Axillaire : membres supérieurs et paroi thoracique • Inguinal et rétrocrural : membres inférieurs et périnée • Sus-claviculaire = toujours pathologique : médiastin, étage sous-diaphragmatique - **Autres organes lymphoïdes** : amygdales, foie, rate - **Examen somatique général** : pâleur, purpura, exanthème, énanthème, masse abdominale, syndrome compressif, signes neurologiques (signe de localisation, syndrome pyramidal)

ÉTIOLOGIES

Selon le caractère isolé/multiple de l'adénopathie et le contexte global

Contexte infectieux +++

	- Ganglions < 10 mm, souples, non fixés au plan sous-jacent. - Fièvre. - Signes inflammatoires généraux ou locaux régionaux. - Éruption cutanée spécifique.
Adénite isolée	- Pyogènes : streptocoques, staphylocoques. - Maladie des griffes du chat, BCGite, zona, toxoplasmose, BK, mycobactéries atypiques. - Pasteurellose, tularémie, leishmaniose.
Polyadénite	- Avec éruption : rubéole, VIH, adénovirose, rougeole, varicelle, parvovirus B19. - Avec splénomégalie : Kala-azar, trypanosomiase, leishmaniose. - Avec syndrome mononucléosique : MNI (EBV), VIH, CMV, toxoplasmose. - Fièvre typhoïde, brucellose.

	Contexte tumoral	- Adénopathie froide isolée d'évolution plus chronique (> 2 mois). - AEG, sueurs, prurit, douleurs osseuses. - Signes de compression locale ou syndrome tumoral. - Signes d'insuffisance médullaire. → Leucémies aiguës lymphoblastiques ou myéloblastiques, lymphome, métastases de tumeurs solides.
	Contexte inflammatoire	- Fièvre, aphtose, arthralgies, douleurs osseuses, signes cutanés/digestifs, hépato-splénomégalie. → Granulomatoses (sarcoïdose, histiocytose), maladies inflammatoires systémiques, syndrome de Kawasaki, arthrite chronique juvénile (maladie de Still).
	Autres	- **Maladie de surcharge** : adénopathie et/ou hépato-splénomégalie. - **Toxicité médicamenteuse** : antiépileptiques, antibiotiques, allopurinol. - DRESS syndrom : fièvre, rash cutané, myalgie, syndrome inflammatoire biologique, hyperéosinophilie, lymphocytes activés.
PARACLINIQUE	- Guidée par le contexte selon l'orientation diagnostique après examen clinique. - Aucun examen complémentaire si contexte de virose ORL banale.	
	Hémogramme	- Polynucléose neutrophile ? - Cytopénie ? - Cellules tumorales circulantes ? - Syndrome mononucléosique ?
	CRP	- Si étiologie inflammatoire/infectieuse.
	LDH	- Si suspicion de tumeur ou d'hémopathie.
	IDR tuberculine	- Selon l'orientation.
	Sérologies	- EBV, CMV, toxoplasmose si poly-adénopathie sans orientation ou selon le contexte. - *Bartonella henselae* si suspicion de maladie des griffes du chat ou adénopathie unique sans orientation.
	Échographie	- Siège de l'adénopathie. - Abdominale à la recherche d'un syndrome tumoral.
	Cytoponction	- À discuter selon l'orientation diagnostique et/ou documentation.
	Radio thoracique	- Élargissement du médiastin ? - Infection ?
	Biopsie	- Moins systématique, rarement en 1re intention. - Réalisée en 2de intention en l'absence d'orientation claire : • ADP isolée < 1-2 cm : surveillance. • ADP isolée > 1-2 cm inflammatoire : traitement d'épreuve par antibiotiques ou ponction. • **Si ADP isolée > 1-2 cm indolore** : ponction voire biopsie (sous AG).

R2C : Rang A en NOIR - Rang B en BLEU - Rang C en VERT